

# ⑤ インフルエンザ予防接種補助 請求書

※ 受付番号

|  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
|--|-----|-------------------------------------|---|----------|---|----------------|---|----------------|---|
| 所属所名   |     | 会員氏名                                |   |          |   | 組合員の生年月日       |   |                |   |
| 所属所コード   |     | 組合員番号                               |   |          |   | 年号             | 年 | 月              | 日 |
|  |     |                                     |   |          |   | 昭和(3)<br>平成(4) |   |                |   |
| 予防接種を受けた者の氏名   |     | 会員との続柄                              |   |          |   | 予防接種を受けた者の生年月日 |   |                |   |
|  |     |                                     |   |          |   | 年号             | 年 | 月              | 日 |
| フリガナ   |     |                                     |   |          |   | 平成(4)<br>令和(5) |   |                |   |
| 予防接種を受けた日  | 1回目 | 年号                                  | 年 | 月        | 日 | 領収書の金額         |   | 医療機関の名称        |   |
|  |     | 令和(5)                               |   |          |   |                | 円 |                |   |
| 2回目  |     | ※1回目の自己負担額が3,000円未満の場合に記入(領収書も2枚添付) |   |          |   |                | 円 |                |   |
| 該当する数字を○で囲んでください。  |     | 1<br>未就学                            |   | 2<br>小学生 |   | 3<br>中学生       |   | 請求金額<br>2,000円 |   |
| 上記のとおり請求します。<br>一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様<br>令和 年 月 日<br>請求者(会員) 氏名 (印)<br>電話番号                 |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| <b>注意事項</b>  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 1 <b>会員の被扶養者である中学校3年生までの者が補助対象です。</b><br>(保険証の被扶養者になっていること。※配偶者の被扶養者になっている場合は対象外。)         |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 2 <b>当該年度の10月1日(木)から翌年2月28日(日)までに受けた「インフルエンザ」予防接種補助対象です。</b>                               |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 3 補助対象者1人につき、年度内に1回限り請求できます。   |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 4 この用紙の裏面に、インフルエンザ予防接種を受けた際に発行された3,000円以上の領収書(2回分の合計の場合は2枚)を糊付けし、福利課貸付・ライフプラン担当あて提出してください。 |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 5 当該年度分の請求は、3月15日(月)必着です。  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 6 <b>総務事務システム入力対象者は、この用紙は使えませんのでご注意ください。</b>   |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| <b>領収書のチェックポイント</b>  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| ○次の6項目すべてが記載された領収書(原本)のみ受付できます。  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 1 予防接種を受けた者の氏名(フルネーム)  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 2 予防接種を受けた年月日  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 3 「インフルエンザ」の予防接種を受けたことが分かること。  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 4 支払った金額が、3,000円以上(2回分の領収書の合計でも可)  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |
| 5 医療機関の名称  |     |                                     |   |          |   |                |   |                |   |

# ⑤ インフルエンザ予防接種補助 請求書

提出先 貸付・ライフプラン担当

※ 受付番号

会員本人の生年月日

予防接種を受けた子等の生  
年月日

中学校3年生までの  
被扶養者である子等の氏名

|                |               |                |   |   |
|----------------|---------------|----------------|---|---|
| 所属所名<br>所属所コード | 会員氏名<br>組合員番号 | 年号             | 年 | 会 |
| 小学校            | 福利太郎          | (令和5)          | 5 | 0 |
| 9   0          | 6   5   4   3 |                | 1 | 0 |
| 予防接種を受けた者の氏名   | 会員との続柄        | 予防接種を受けた者の生年月日 | 月 | 日 |
| フリガナ<br>福利 華子  | 長女            | 5              | 0 | 7 |
|                |               | 1              | 5 |   |

続柄は、長女、次女、長男、次男...と記入  
※「子」、「息子」、「娘」と記入するのは不可

|                   |     |  |   |     |   |                                    |         |        |         |             |
|-------------------|-----|--|---|-----|---|------------------------------------|---------|--------|---------|-------------|
| 予防接種を受けた日         | 1回目 | 年号                                     | 年 | 月   | 日 | 領収書金額                              | 医療機関の名称 |        |         |             |
|                   |     | 令和(5)                                  | 0 | 2   | 1 | 2                                  | 1       | 0      | 3,500 円 | さいたま小児クリニック |
|                   | 2回目 | 令和(5)                                  |   |     |   |                                    |         |        |         |             |
|                   |     | ※1回目の自己負担額が3,000円以上の場合、2回目の日付、金額は記入不要。 |   |     |   | R2.10.1(木)～R3.2.28(日)の間に接種したものに限る。 |         |        |         |             |
| 該当する数字を○で囲んでください。 |     | 1                                      |   | ②   |   | 請求金額                               |         |        |         |             |
|                   |     | 未就学                                    |   | 小学生 |   | 中学生                                |         | 2,000円 |         |             |

上記のとおり請求します。  
一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様  
令和2年12月14日

請求者(会員)

氏名 福利 太郎

福利

## 注意事項

- 1 会員の被扶養者である中学校3年生までの者が補助対象です。  
(保険証の被扶養者になっていること。※配偶者の被扶養者になっている場合は対象外。)
- 2 当該年度の10月1日(木)から翌年2月28日(日)までに受けたインフルエンザ予防接種が助成対象です。
- 3 補助対象者1人につき年度内に1回限り請求できます。
- 4 この用紙の裏面に、インフルエンザ予防接種を受けた際に発行された3,000円以上の領収書(2回分の合計の場合は2枚)を糊付けし、福利課貸付・ライフプラン担当あて提出してください。
- 5 当該年度分の請求は、3月15日(月)必着です。
- 6 総務事務システム入力対象者は、この用紙は使えませんので、ご注意ください。

## 領収書のチェックポイント

○次の5項目すべてが記載された領収書(原本)のみ受付できます。

- 1 予防接種を受けた者の氏名(フルネーム)
- 2 予防接種を受けた年月日
- 3 「インフルエンザ」の予防接種を受けたこと
- 4 支払った金額が、3,000円以上(2回分の領収書の合計でも可)
- 5 医療機関の名称

※ 兄弟等複数名で同時に予防接種を受け、合計額の領収書になっている場合は、下記のように請求してください。

兄弟と一緒に接種し、複数名分合計の領収書の場合は、接種者氏名、接種日、費用の単価、ワクチン名がわかるように医療機関で内訳を記載してもらってください。(手書き追記可)  
また、「インフルエンザ予防接種補助請求書」は補助対象者ごと、それぞれに作成してください。  
※その場合の添付する「領収書」については、いずれかの請求書に原本を、他の請求書にはコピーを添付して同時に提出してください。